N° 15
18.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS NÉCROSANTE DE LA VOUTE CRANIENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 décembre 1907

PAR

F. CUTTOLI

Né à Cuttoli-Corticchiato (Corse), le 2 mars 1879

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (1902)

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES MÊMES HOPITAUX (Conc. 1905)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 FEB 10
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . Doyen
SARDA . . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeur adjoint : M. de ROUVILLE
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE (✻), *président.*
ESTOR, *professeur.*
MM. JEANBRAU, *agrégé.*
RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de mon affection

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

F. CUTTOLI.

A MON ONCLE J. D. CUTTOLI

Témoignage de ma profonde reconnaissance

A MA TANTE

A MES PARENTS

A MON AMI LE DOCTEUR VINCENT CASALONGA

F. CUTTOLI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RICHE

A MES MAITRES

DES HOPITAUX DE MARSEILLE

F. CUTTOLI.

INTRODUCTION

Les lésions de la syphilis nécrosante de la voûte crâ-
nne, quoique assez rares, ont de tout temps attiré
tention des médecins et des chirurgiens. Nombreux
t les travaux qui leur ont été consacrés.

Aussi, en abordant ce sujet, notre but consiste unique-
nt à apporter une faible contribution à l'étude et au
tement de cette question, grâce aux observations iné-
s que nous devons à l'obligeance de M. le professeur
gue.

près un court historique de notre sujet, nous étudie-
s successivement l'étiologie, l'anatomie pathologique,
ymptomatologie, le diagnostic et le pronostic, pour
s arrêter plus particulièrement sur les indications et
echnique du traitement. Pour ces deux derniers points
notre travail, nous sommes très heureux d'avoir pu
is inspirer des idées de M. le professeur Forgue.

u début de ce travail, que M. le professeur Forgue,
nous témoigna toujours la plus grande bienveillance,
ille bien agréer l'expression de notre profonde grati-

tude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A M. le professeur-agrégé Riche, nous nous permettons d'adresser ici nos meilleurs remerciements pour les services qu'il nous a rendus avec une si grande cordialité.

A nos maîtres des hôpitaux de Marseille, nous adressons l'assurance de notre vive reconnaissance pour la part qu'ils prirent à notre éducation médicale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

ET AU TRAITEMENT

DE LA

SYPHILIS NÉCROSANTE

DE LA VOUTE CRANIENNE

HISTORIQUE

Les manifestations de la syphilis sur la voûte crânienne semblent avoir existé dès l'origine même de l'affection. Parrot a trouvé sur des crânes datant de la période préhistorique des lésions de syphilis tertiaire. En 1882, dans un article publié sous le titre d' « *Une maladie préhistorique* », il s'appuyait sur les caractères présentés par différents crânes trouvés dans les dolmens de Cauquènes, de Boujassac, pour affirmer qu'à cette époque les habitants présentaient les signes non seulement de la syphilis acquise, mais encore de la syphilis héréditaire.

Cette opinion de Parrot a été combattue par plusieurs auteurs parmi lesquels Le Bon.

Jean de Vigo, en 1514, a le premier donné une description des exostoses frontales qui, disait-il, s'accompagnent de douleurs très fortes.

Jacques de Béthencourt, 1825, dans son « *Nouveau carême de pénitence* », parle de « tumeurs plus ou moins volumineuses qui se produisent parfois sur le crâne et notamment sur le front».

Van Swieten, en 1773, mentionne les exostoses intra-crâniennes : « *Possunt oriri tumores gummosi et exostoses in calvariæ osseæ parte interna, quæ premendo cerebum functiones omnes ejus turbant, erosa et corrupta diplæ tabum putridissimum stillat, quandoque tabula vitrea.* »

Swediaur signale la carie des os du crâne.

Parmi les auteurs du XIXe siècle qui se sont occupés de la nécrose syphilique, il nous faut citer Ricord, Parrot, Fournier, Mauriac, et enfin Terrier et Luc.

Nous citerons aussi la thèse de Galtier-Boissière, inspirée par Parrot, ainsi que le mémoire de Lavergne. Ce dernier auteur a étudié spécialement les complications cérébrales de la nécrose syphilitique.

Virchow, Cornil et Poulet ont étudié la syphilis nécrosante surtout au point de vue anatomo-pathologique.

Nous devons aussi une mention toute spéciale à la thèse de L. Wallet (Paris 1897).

ETIOLOGIE

La voûte crânienne et plus particulièrement les os de
région antérieure (frontal et pariétaux) semblent être
vec le tibia le siège de prédilection des lésions osseuses
la syphilis nécrosante.

Ricord, en 1846, disait : « Chez les sujets qui n'ont que
vérole, la nécrose et la carie sont rares. Ordinaire-
ent, c'est la preuve d'une mauvaise constitution, d'une
athèse scrofuleuse, scorbutique, tuberculeuse, d'une
onstitution réfractaire au mercure et que le mercure a
ncore ébranlée davantage ». Il fait aussi jouer un grand
ôle à la misère, et en effet les lésions graves des os se
ncontrent rarement dans les classes aisées.

Parrot fait jouer un grand rôle aux traumatismes et aux
fluences thermiques ; il va même jusqu'à attribuer la
équence des lésions d'ostéite du frontal à la pression
s bords du chapeau, les cheveux servant de cousin
rotecteur pour le reste du crâne.

Cornil croit, avec Virchow, que c'est aux contusions, aux
oissements répétés qu'il faut attribuer les localisations
sseuses de la syphilis. Cet auteur a observé des gommes
philitiques de la clavicule aux points où passaient les
urroies avec lesquelles un commissionnaire portait des

fardeaux. Il cite aussi le cas d'un maître d'armes atteint de tuméfaction syphilitique du sternum et des côtes, là où il était plastronné toute la journée par des fleurets boutonnés.

L'alcoolisme, la scrofule, l'action habituelle du froid humide, telles sont les causes qu'incriminent la plupart des auteurs anglais.

Les antimercurialistes (Gaspara, Torella, Fallope, Desprès) ont accusé le traitement mercuriel. Mais Julien a réfuté leur opinion et a prouvé par des statistiques que les lésions graves se rencontrent surtout chez ceux qui ont pris peu ou point de mercure.

Pour Wallet, lorsqu'un seul os est frappé et que cet os est par sa situation exposé aux traumatismes et aux variations thermiques, ce sont ces deux causes qu'il faut accuser. Mais si plusieurs os de la voûte sont atteints, la lésion est alors le fait de la syphilis seule.

L. Wallet a établi une statistique portant sur 33 observations, qui nous indique dans quelle proportion chaque os de la voûte crânienne est atteint :

Frontal	20
Pariétal	8
Temporal	3
Occipital	2

ANATOMIE PATOLOGIQUE

La syphilis peut détérminer des lésions osseuses à toutes les périodes de son évolution, mais c'est à la période tertiaire qu'on observe les plus graves de ces lésions. Avant cette période on constatera surtout des lésions inflammatoires diffuses qui ont une tendance résolutive souvent sous le seul effet de la nature et plus sûrement par la médication spécifique. A ce moment l'irritation étant faible, on aura de l'ostéite condensante pouvant aller dans certains cas jusqu'à l'éburnation. De nouvelles couches osseuses se produisent à l'intérieur des canaux de Hawers, d'où réduction du calibre de ces canaux et oblitération des vaisseaux capillaires qu'ils contiennent.

Les lésions nécrosantes sont, pour ainsi dire, toujours, la conséquence d'une périostite gommeuse et ce sont elles que nous étudierons plus spécialement.

« La lésion pourra être *circonscrite* ou *diffuse*, mais le processus sera toujours le même. L'ostéite diffuse débute tantôt au périoste, tantôt dans la profondeur de l'os, et elle peut être superficielle ou profonde. Dans l'ostéite superficielle le périoste devient le siège d'une injection et d'une tuméfaction produites par la formation

de cellules petites et rondes dans sa partie ostéogénique et jusque dans les espaces médullaires.

Dans l'ostéite profonde, l'os présente à la coupe une teinte rouge ou rosée, grisâtre et jaunâtre même en quelques points. Au microscope, on constate au niveau des portions d'un rouge vif, des médulocelles plus abondantes et globuleuses, tandis que les parties grisâtres renferment des cellules plus petites, qui au lieu d'être libres, sont plongées, en même temps que de nombreux noyaux, au sein d'une substance amorphe et fibrillaire (1). »

Des bourgeons gommeux développés dans la face interne du périoste crânien s'insinuent dans l'épaisseur de l'os. Ils y décrivent des trajets en tire-bouchons qui, en raison de la forme aplatie des os du crâne, prennent l'aspect d'une spirale surbaissée. Poulet compare leur forme à un ressort de montre.

Ces bourgeons, gros comme une tête d'épingle, sont formés par des nodules de 1/10 de millimètre. Jamais le diploé n'est envahi primitivement : ceci est le fait de l'ostéomyélite tuberculeuse.

L'os prend un aspect caractéristique : il est épaissi et percé d'un grand nombre de petits pertuis correspondant aux bourgeons gommeux Ces perforations peuvent être très nombreuses et lui donner l'apparence d'une véritable écumoire. Cette surface vermoulue est entourée d'un rebord saillant dû à une ostéite proliférante.

Cornil et Ranvier ont étudié le mécanisme de production de la nécrose. Pour eux, elle serait due à l'arrêt de la circulation dans les canaux de Hawers des parois osseuses qui environnent les bourgeons gommeux, et cela par

(1) Lancereaux

le fait d'une ostéite condensante. Quelquefois le tissu osseux peut être nécrosé sans que les capillaires soient oblitérés et cela se produit quand les cellules du tissu osseux sont frappées directement par le virus syphilitique.

Quand une portion d'os est nécrosée, elle devient facilement un séquestre qui, une fois exposé à l'air, prend une couleur noire ou verdâtre. Le séquestre se produit surtout après la gomme et, dans ce cas, il se sépare de l'os par une ligne dentelée, à angles bien tranchés ; son aspect est vermoulu et, dans les cavités plus ou moins larges qui s'y trouvent, on rencontre les derniers débris du processus de nouvelle formation. La surface reste plane, mais les nouvelles couches osseuses proliférées sur les parties environnantes la font paraître comme enchâssée au milieu des parties saines. La nécrose peut ne se produire que sur un seul point ou, au contraire, former des foyers multiples qui, par leur réunion, pourront amener de vastes pertes de substance. On a vu une grande partie de la voûte crânienne ainsi détruite.

Dans les ostéopériostites non gommeuses, on observe rarement la production du séquestre.

Lorsque la nécrose n'atteint que la partie superficielle de l'os, comme c'est le cas le plus fréquent dans les gommes sous cutanées, la réparation laisse des dépressions en rapport avec l'étendue de la destruction. Cependant la lésion est souvent plus profonde, et il peut exister une perforation.

Dans le premier cas, après avoir traversé tout le diploé, chacune des spirales gommeuses s'arrête généralement au contact de la table interne qui, leur opposant une grande résistance, reste intacte.

La dure-mère peut souvent être le point de départ de

ces phénomènes, et même, d'après Cornil, elle serait atteinte plus souvent que le périoste.

Il peut même arriver, dans certains cas, que les deux processus, l'un parti du péricrâne, l'autre de la dure-mère, marchent à la rencontre l'un de l'autre et alors les perforations sont assez fréquentes.

Parfois le syphilome s'échauffe, adhère à la peau ; une substance séro-purulente s'écoule entraînant avec elle des débris caséeux, mais elle est peu abondante le plus souvent. Il peut arriver cependant dans les lésions diffuses que le pus se collecte abondamment et, par suite de perforation, on pourra avoir des phénomènes de compression cérébrale.

L'abcès en bouton de chemise se trouvant réalisé, il sera facile de réduire la tumeur par la pression et de faire refluer le pus dans la cavité crânienne à travers les trous de l'os vermoulu.

A côté des lésions nécrosantes de l'os, on pourra avoir, du côté de la dure-mère, de la *pachyméningite externe syphilitique* qui se caractérise par des bourgeons et des excroissances très nombreuses, coniques et ayant la forme de papilles pointues ou ramifiées.

Si le séquestre n'est pas enlevé, et le pus évacué, l'inflammation pourra à la longue gagner le cerveau et produire des lésions d'encéphalite.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous passerons successivement en revue les signes fonctionnels et les signes physiques qui peuvent s'observer au cours de la nécrose crânienne ainsi que les signes particuliers qui indiquent les complications encéphaliques :

1° *Signes fonctionnels.* — Ils consistent essentiellement en phénomènes douloureux qui peuvent être diffus (céphalée) ou circonscrits (douleur ostéocope). La céphalée est le symptôme le plus constant. Dans les cas de gomme débutant par le cuir chevelu et adhérent plus tard à l'os, la tumeur précède la céphalée. Mais si le périoste est le premier atteint, les maux de tête peuvent apparaître avant toute tuméfaction. C'est donc un signe précoce et presque constant. Cependant Pauchet cite un cas qui évolua sans céphalée.

Le plus souvent cette céphalée est localisée au point du squelette atteint. Ses caractères peuvent varier, mais le plus souvent c'est une douleur intense, profonde, gravative, constrictive.

Le malade de notre première observation comparait la sensation éprouvée à de violents coups de marteau donnés sur la tête. Rien ne peut le calmer, si ce n'est quelquefois

le traitement spécifique. Son caractère pathognomonique est d'être nocturne, et cela, selon la plupart des auteurs, parce qu'elle s'éveille à la chaleur du lit. Nélaton prétend que les malades peuvent s'en débarrasser en restant plusieurs nuits sans se mettre au lit. Les Kabyles, qui couchent sur une natte placée sur le sol, ne connaîtraient pas la céphalée.

2° *Signes physiques.* — Ils sont différents suivant la période à laquelle on les considère :

a) Période de formation. — La gomme est alors constituée par une tuméfaction plus ou moins dure, sans œdème, sans rougeur. Parfois, au centre de la tumeur, la palpation permet de constater de petites élevures osseuses correspondant aux orifices des pertuis occupés par les bourgeons gommeux.

b) Période de ramollissement. — A ce moment la partie centrale perd de sa consistance, alors que sur les bords de la lésion, l'os s'est hypertrophié et paraît plus dur.

Dès que la tumeur renferme du pus, on perçoit une véritable fluctuation. La suppuration s'observe surtout dans les cas de lésions diffuses, où quelquefois le pus peut fuser entre le crâne et le cuir chevelu sur une grande étendue.

c) Période d'ulcération et de séquestration. — La peau devient rouge, violacée, chaude, et le syphilome évacue son contenu qui peut être plus ou moins abondant et plus ou moins lié. On a alors une ulcération taillée à pic, bordée d'une aréole, couleur de jambon, et au fond de laquelle on peut voir l'os à nu plus ou moins nécrosé.

Les séquestres sont d'une étendue plus ou moins variable et peuvent être uniques ou multiples. Leur élimination est généralement lente, surtout lorsqu'ils sont

enchâssés par les parties voisines comme un verre de montre dans son boîtier.

Lorsque, par suite de l'élimination, on a une perforation complète, on aperçoit dans la profondeur les battements de la dure-mère couverte de granulations.

3° *Complications encéphaliques.* — Elles sont généralement lentes à se produire et les symptômes varient avec le siège de la lésion.

Nous signalerons l'affaiblissement intellectuel, qui pourra s'accompagner d'aphasie, si l'étage antérieur est touché. Si la lésion porte sur l'étage moyen, on pourra avoir des paralysies ou des accès épileptiformes.

Mais la complication la plus redoutable est l'encéphalite aiguë qui se traduira par de la fièvre, de la céphalée et des vertiges. Fournier en a étudié les caractères et l'issue en est presque toujours fatale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic sera généralement facile par les seuls symptômes locaux.

Nous distinguerons trois cas :

1° *Il existe une tumeur extérieure.* — La gomme se distinguera de la périostite simple par ses caractères particuliers, celle ci étant un accident de la période secondaire, et celle-là un accident de la période tertiaire.

Mais comme quelquefois on a signalé des gommes précoces, nous indiquerons des signes plus caractéristiques :

1° Les gommes ont une évolution lente et la périostite simple syphilitique pourra se constituer en quelques jours.

2° La céphalée des gommes est rémittente avec exacerbation nocturne, alors que celle des périostites serait exclusivement nocturne.

Les lipomes se distinguent par leur évolution et les caractères particuliers de la matière évacuée.

Les loupes adhèrent à la peau dès le début, tandis que les gommes n'y adhèrent que tardivement

Quant aux tuberculomes de la voûte crânienne, leur développement est extrêmement rapide et le plus souvent leur évolution est indolore. De plus, la perforation est

rapide ; la perte de substance est à l'emporte-pièce, car il n'y a pas de réaction osseuse proliférante.

Le diagnostic avec l'ostéomyélite, dont la marche est en général aiguë et accompagnée de phénomènes généraux graves (fièvre, délire, coma), est facile.

2° *Il n'existe pas de tumeur extérieure.* — On se guidera sur les antécédents, sur les stigmates qui devront être recherchés avec soin, sur l'exacerbation nocturne de la douleur.

Dans les cas douteux on aura recours au traitement spécifique qui servira souvent de pierre de touche.

3° *Il y a fistulisation.* On pourra avoir une ou plusieurs fistules. Dans ce cas la peau, d'abord tendue et dure, devient rouge, violacée, se perfore en un ou plusieurs points qui deviendront des fistules, souvent intermittentes, à bords garnis de bourgeons saignant facilement. Avec un stylet il sera facile de reconnaître la présence d'un séquestre invaginé. On obtiendra un son sec, net.

Le diagnostic à faire avec des fistules de nature tuberculeuse est facile.

PRONOSTIC

Le pronostic de la nécrose de la voûte crânienne est comme celui de toutes les lésions syphilitiques, subordonné pour la plus grande partie au traitement.

Lorsque aucune complication ne survient, même dans les cas les plus graves, la mort est tout à fait exceptionnelle.

Cependant, comme nous le montre la statistique de Wallet, les complications sont fréquentes, et l'on doit toujours se montrer réservé. Sur 45 observations, cet auteur a relevé 21 morts qui se répartissent ainsi :

Encéphalites ; abcès cérébraux,	11	cas de mort.
Suppuration	4	—
Accidents de compression . .	3	—
Erysipèle. . . . . , ...	1	—
Maladies intercurrentes . . .	5	—

Comme on le voit, les terminaisons fatales sont assez fréquentes pour apporter une justification complète du traitement que nous allons étudier.

TRAITEMENT

« Je pense que, dans tous les cas « d'ostéosyphilome crânien ulcéré, le « médecin doit faire appel au chirur- « gien. »

« Dieulafoy ».
Cliniques médicales, 1906.

Pendant le XVIIIe siècle et pendant la première moitié du XIXe, les chirurgiens ne craignaient pas de trépaner largement dans les cas de syphilis nécrosante de la voûte crânienne. Mais depuis l'antisepsie on a trop souvent et pendant trop longtemps abandonné au seul traitement médical les ostéosyphilomes du crâne, et l'intervention chirurgicale y est trop restreinte. La presque totalité des opérations publiées comprend des simples séquestrotomies, bornées à l'ablation de fragments nécrosés libres ou facilement mobilisables.

Aussi, notre maître, M. le professeur Forgue, à l'occasion des crâniectomies très étendues qu'il a pratiquées dans trois cas de nécrose syphilitique diffuse du crâne, a voulu fixer quelle doit être la conduite des médecins et des chirurgiens devant les lésions nécrosantes de la voûte.

Nous sommes très heureux, pour notre part, que M. le professeur Forgue ait bien voulu nous permettre, à l'occasion de notre thèse inaugurale, d'exposer comment doivent être envisagées au point de vue thérapeutique les formes

non limitées de la syphilis nécrosante aux suppurations interminables.

Attendre la complète limitation et la mobilisation des séquestres c'est perdre un temps précieux, c'est laisser l'état général s'aggraver, s'est s'exposer surtout aux complications intracrâniennes. Nous sommes donc partisan résolu des interventions précoces, non pas seulement contre les séquestres formés, mais contre les séquestres en voie de formation, sur lesquels le traitement médical ne mord pas et qui sont voués à une lente élimination. Bien plus, ne bornons pas notre action à des opérations parcellaires, limitées aux points de nécrose. Les opérations de M. le professeur Forgue ne sont ni de simples trépanations, ni des séquestrotomies, mais de larges crâniectomies, poursuivies avec toute l'ampleur que permet la technique actuelle, et emportant d'un bloc toute la zone osseuse infiltrée par les lésions d'ostéite gommeuse, après résultat négatif du traitement spécifique. Par ces deux caractères essentiels, précocité et étendue de l'intervention, se caractérisent cette action et cette pratique.

Loin de nous l'idée de vouloir nier le traitement médical ou d'en restreindre l'emploi. Nous pensons simplement qu'il trouve dans le traitement chirurgical un complément souvent nécessaire et qu'il agit d'autant mieux que les portions osseuses, définitivement altérées et médicalement incurables, sont supprimées de meilleure heure.

Des hommes de l'autorité et de l'expérience spéciale de Victor Horsley, de Lesser, de Dieulafoy, de Balzer, d'Hallopeau, de Finger, sont en concordance absolue d'opinion avec Monsieur le Professeur Forgue.

Nous diviserons ce chapitre consacré au traitement en deux parties : 1° les indications opératoires ; 2° la technique.

I. — Indications opératoires

1° *Avant l'ulcération.* — Un sujet présente, à la surface du crâne, une tuméfaction, immobile sur le plan osseux, ordinairement étalée ; cette tumeur, d'abord dure, se ramollit peu à peu. L'existence d'accidents syphilitiques antérieurs précise sa nature spécifique. Ou bien, en l'absence d'antécédents syphilitiques avérés, la coexistence d'une céphalée continue, à exacerbation nocturne, rebelle aux médicaments analgésiques ordinaires, permet de reconnaître un ostéo-syphilome en voie d'évolution. Les cas sont rares, en effet, où ces lésions d'ostéite syphilitique évoluent sans la céphalalgie caractéristique. Il en existe cependant certains cas, entre autres celui signalé par Pauchet. Si la tumeur extra-crânienne manque, c'est cette notion d'antécédents spécifiques, ou cette considération de la céphalée spéciale, qui inclineront le diagnostic vers la possibilité d'un ostéosyphilome endo-crânien, malgré l'absence de tout symptôme cérébral. C'est dans ces cas que la médication mercurielle par les injections de biiodure ou d'hermophénil, doit être instituée sans retard. Si le syphilome crânien est encore à un stade peu avancé, si nulle lésion de nécrose osseuse n'a eu le temps de se produire, la guérison peut être obtenue sans abcès ni ulcération, même lorsque le centre de la tumeur gommeuse est déjà ramollie et presque fluctuante, comme le déclarent Fournier et Dieulafoy.

2° *Après ulcération et à la phase de nécrose.* — Plus souvent, le chirurgien est consulté quand le syphilome ramolli s'est ouvert à l'extérieur. Sur le cuir chevelu ou

sur la peau de la région frontale, on observe une ulcération à contour ovale ou circulaire, à bords taillés nettement, dont le fond, qui sécrète un liquide puriforme, est occupé par une surface osseuse noirâtre ou brunâtre, « en coquille d'huître », irrégulière, « sonnant sec » sous le stylet explorateur. Dans les formes diffuses d'ostéite nécrotique, comme le montre notre première observation, les ulcérations sont multiples.

Même en pareil cas, la médication spécifique doit toujours intervenir comme secours complémentaire, sinon comme traitement suffisant On pratiquera une injection quotidienne d'un centigramme de bi-iodure ; on prescrira 6 à 10 gr. de KI. Ce qui peut être obtenu comme effet thérapeutique se manifeste très rapidement : la céphalée disparaît, le malade dort, et la suppuration tend à diminuer dans les formes superficielles où la lésion ne consiste qu'en une périostite gommeuse à fleur de crâne. Mais le plus souvent, il est nécessaire de ne point prolonger, autant qu'on l'a fait jusqu'à présent, cette période du traitement médical. Ces cas doivent être livrés de bonne heure au chirurgien qui, lui, devra en aborder la cure avec un esprit plus largement interventionniste que ne le recommandent les classiques.

En effet, une syphilis crânienne, quand elle est arrivée à la phase nécrotique, résiste au traitement spécifique. La lésion s'est alors émancipée de sa cause ; le séquestre est une deutéropathie. Maintes observations démontrent cette indépendance qu'acquiert la syphilis nécrosante vis-à-vis de la médication iodo-mercurielle. Dieulafoy signale un cas où l'on voit pendant toute une année, malgré un traitement par l'huile grise, la nécrose continuer, de petits séquestres s'éliminer, et une grosse pièce séquestrale se former aux dépens de la table interne de l'os. L'observa-

tion de Verchère, que nous résumons, en est un exemple probant. C'est contre ces délais inutiles et périlleux que nous nous élevons. Assurément, il faut reconnaître, comme le démontrent de nombreux exemples cliniques, que, malgré la persistance d'une suppuration abondante, ces lésions, d'une chronicité désespérante, sont parfois remarquablement tolérées.

Cette période de suppuration s'est prolongée chez un malade de Siredey deux ans ; chez celui de Juliusburger, deux ans; chez celui de Gosselin, plus de cinq ans, et sept ans chez celui d'Hutchinson. C'est un trait bien singulier que cette prolongation d'une lésion suppurante de la voûte crânienne, comportant longtemps une conservation de la santé générale et l'intégrité des enveloppes de l'écorce cérébrale. Morestin enleva un large séquestre de 7 centimètres 1/2 sur 5, sous lequel se trouvait une nappe purulente baignant la dure-mère.

En revanche on a constaté de nombreux cas de propagation rapide aux méninges et au cerveau. Vertiges, affaiblissement intellectuel, amnésie, troubles de la parole, convulsions épileptiformes, peuvent apparaître précocement.

Un malade de Rémy, six mois seulement après le chancre, est atteint d'une nécrose du pariétal droit et d'autres manifestations syphilitiques. Malgré le traitement spécifique, surviennent des crises de contractures et le malade meurt dans le coma ; à l'autopsie on trouve un abcès du cerveau et de la pachyméningite.

Dans le cas de Lancereaux, une gomme syphilitique du frontal s'abcède : la nécrose, pas plus que des lésions de syphilis nasale, ne rétrocède sous l'influence quotidienne de 10 grammes d'iodure et du sirop de Gibert ; des attaques convulsives, une hémiplégie surviennent et le malade

meurt quatre mois seulement après le début de la nécrose. L'autopsie montre un séquestre de 8 sur 10, intéressant à la fois le frontal et le pariétal droit ; la dure-mère est épaissie et perforée dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, et au-dessous un foyer de suppuration et de gangrène gros comme un œuf de poule, ayant détruit la frontale et la pariétale ascendante.

Un malade de Soloweitschik (observation IV de son travail), présentant des gommes multiples du frontal, est traité par l'onguent gris, et succombe à des attaques épileptiques ; l'autopsie montre plusieurs perforations.

A défaut de ces grands symptômes, c'est une déchéance, une cachexie progressive qui menacent le malade. Brouardel cite un cas dans lequel huit mois seulement se sont écoulés entre l'apparition d'une gomme et l'hecticité qui a enlevé le sujet en proie à une suppuration prolongée, en dehors de toute lésion méningée ou encéphalique ainsi que l'autopsie a permis de le constater.

D'autre part, il est certain qu'une intervention chirurgicale prématurée, sans un essai préalable et suffisant de médication spécifique, court le risque d'être imprécise, incomplète et sujette à des retouches. On doit donc instituer un traitement ioduré et mercuriel, préopératoire, vigoureusement mené, qui enrayera les progrès de l'infiltration gommeuse ; de même il est nécessaire qu'une médication post-opératoire vienne ensuite compléter les effets de l'intervention, favoriser l'organisation scléreuse de la cicatrisation et parer aux dangers des localisations gommeuses de récidive.

Ces réserves faites, l'évolution habituelle des cas abandonnés à une longue temporisation médicale impose une intervention précoce et large.

Diverses éventualités peuvent se présenter. Soit d'abord

le cas d'une ostéite syphilitique à foyer unique, ayant isolé peu à peu une portion de l'os. qu se nécrosei Si le travail d' « encerclement » a eu le temps de s'achever, le séquestre est devenu à peu près libre : pourtant même sous cette forme, son élimination spontanée demandera des délais considérables ; au fond de l'ulcère, on voit le séquestre noirâtre, « en écaille d'huître ». résister indéfiniment parce qu'il est « embarré » par les ostéophites ou par les ponts osseux qui persistent. Ce corps mort entretient la suppuration, favorise l'infection secondaire, empêche l'issue du pus, expose aux complications intra-crâniennes. Il est donc indiqué de l'enlever sans retard M. le professeur Forgue recommande de devancer le stade tardif où le séquestre a fini de se détacher en bloc ou par parcelles : quand les foyers gommeux, de type annulaire ou circiné, rebelles à la médication, ont bien dessiné la zone osseuse en train de s'isoler pour devenir séquestré, le moment est arrivé d'aider chirurgicalement à ce travail naturel et de raccourcir les délais de la libération.

Donc nous avons le droit d'intervenir, non pas tardivement contre « le séquestre de nécrose », mais préventivement, contre le « séquestre d'ostéite ».

Grâce à l'antisepsie et à l'incision exploratrice ample, nous pouvons tailler des volets cutanés en H, en U, en T, découvrir ainsi la zone crânienne dans toute sa partie malade et bien examiner l'étendue et le degré des lésions. Ces larges explorations opératoires sont aujourd'hui inoffensives, et la crâniectomie elle-même est relativement bénigne actuellement.

Nous envisagerons maintenant le cas d'un *ostéosyphilome à foyer unique*. En effet, comme le dit Balzer, on a pu voir dans certaines autopsies, même dans des cas où la médication spécifique avait paru avoir une action très

marquée, que ces résultats étaient incomplets, et on a constaté la présence de multiples points de nécrose. « Il semble alors que la résorption de ces masses caséeuses ne puisse plus se faire, sans doute à cause des oblitérations vasculaires qui s'opposent à l'arrivée du médicament spécifique. »

Donc, soit qu'il s'agisse d'infiltrations gommeuses caséifiées, à caséum irrésorbable, rebelle à toute modification médicamenteuse, soit qu'on ait affaire à un foyer d'ostéite nécrosante, aux séquestres parcellaires, disséminés, il nous paraît incontestablement indiqué de procéder à une ablation large des lésions, délibérément portée au delà de la zone suspecte. C'est là la condition nécessaire du succès.

Dans le cas contraire, si l'on veut pratiquer la chirurgie économique et par retouches, comme faisait Gosselin en 1853, le chirurgien sera conduit à plusieurs interventions si la maladie lui en laisse le temps, car, le plus souvent, la mort arrive, soit par la cachexie, soit par des complications cérébrales.

Soit maintenant un cas d'*ostéosyphilome diffus*. C'est évidemment là une hypothèse qui tend à devenir de plus en plus rare, car une syphilis méconnue mettra des mois et des années pour étendre ainsi ses ravages sur la voûte crânienne. Néanmoins, il faut toujours compter avec les syphilis ignorées ou non traitées, et aussi avec certains cas de traumatisme précoce et à marche rapide.

Dans ce cas, une crâniectomie étendue à presque toute la voûte du crâne est-elle légitime ? est-elle réalisable ?

Certes, il faut hésiter. Mais l'impuissance du traitement mercuriel et ioduré soutenu et intensif, l'aggravation rapide de l'état général, la persistance de la suppuration semblent, pour M. le professeur Forgue, légitimer formellement l'intervention.

Cette intervention devra être large et complète, car, seule elle peut sauver le malade.

(Enfin,) *ostéosyphilis du crâne, compliquée de troubles cérébraux.*— L'intervention chirurgicale dans les cas d'ostéite nécrosante provoquant des troubles cérébraux est d'une indication urgente. Elle agira à la fois en supprimant les conditions mécaniques de compression et en supprimant la stagnation du pus et la possibilité d'infection.

Les contractures, l'hémiplégie, l'épilepsie jacksonienne sont les symptômes indicateurs par lesquels un ostéosyphilome, au voisinage de la région rolandique, manifeste que les lésions s'étendent aux méninges et aux circonvolutions cérébrales. Si c'est le lobe frontal qui est intéressé, on constatera l'affaiblissement de la mémoire, la diminution intellectuelle, les vertiges. Toutefois, comme le fait observer Dieulafoy avec raison, le lobe frontal peut être touché sans qu'on observe des troubles de l'intelligence ou de la mémoire ; en revanche, on peut constater des troubles de motilité, hémiparésie, ou épilepsie.

Nombreuses sont les observations qui démontrent l'heureux effet des interventions larges en pareil cas. Nous avons résumé celle de Verchère et celle de Védrennes.

Dans la littérature étrangère nous trouvons des observations dues à Henri Lée, à Crampton, à Hutchinson.

II. — Technique

Se donner du large par une découverte étendue de la zone osseuse malade : voilà un point technique essentiel. Donc, on taillera d'amples lambeaux épicrâniens, varia-

bles, comme tracés, selon la région : dans la zone frontale le meilleur dessin est une incision en demi-lune, ou en U, à charnière antéro-inférieure ; dans la région pariétale ou pariéto-occipitale, il est plus commode de dessiner une incision en H, grâce à laquelle on peut disséquer deux panneaux rectangulaires.

Ces lambeaux épicràniens ayant été rabattus, l'hémostase de leurs tranches est soigneusement faite avec les pinces de Kocher ; on les saisit avec deux pinces à abaissement qui sont confiées à un aide et font office d'écarteurs.

La zone osseuse étant ainsi à découvert, on se rend compte du type anatomique des lésions, de leur profondeur probable, de leur étendue apparente et on choisit d'après cela le mode opératoire approprié.

Le cas le plus simple est celui d'une *ostéite nécrotique* et *à séquestre unique, massif, à peu près libre*. S'aidant au besoin d'une couronne de trépan placée sur un point de la périphérie pour faire levier sur la pièce nécrosée, le chirurgien, avec l'élévatoire ou la pince à séquestre, l'ébranle, achève de la mobiliser et l'extrait. Puis, à coups de fortes pinces-gouge, il rogne le pourtour à la zone séquestrale, ordinairement épaissie et éburnée par l'ostéite condensante jusqu'à ce qu'il rencontre les parties saines.

Fréquemment on peut avoir affaire à un *séquestre qui n'intéresse pas toute l'épaisseur de l'os*. La nécrose est limitée dans ce cas à la table externe, et le chirurgien peut se proposer de limiter son ablation à cette lame et de conserver la vitrée. C'est ce que fit La Peyronie dans un cas célèbre ; mais l'élimination des restes de la table externe se fit, mais avec lenteur, et on dut intervenir pour l'accélérer, car la suppuration était abondante et la guérison se faisait attendre.

M. le Professeur Forgue préfère dans ces cas, comme il l'a fait dans la troisième observation que nous rapportons ici, procéder à une large crâniectonnie en pleine épaisseur.

Une troisième éventualité, dont les exemples cliniques sont nombreux, peut se présenter : un *séquestre massif unique, mais tenant encore aux portions voisines par des ponts osseux*, ou *bien embarré par un cadre volumineux d'ostéophites*.

Au lieu d'opérer son désenclavement au moyen de quelques trous de trépan percés à sa périphérie et ensuite avec les ciseaux et le maillet, M. le professeur Forgue aime mieux intervenir plus largement. Au delà des limites apparentes de l'ostéite nécrotique, en une zone d'apparence saine, il perfore, avec les fraises de Doyen, la voûte sur une série de points distants de 6 à 8 centimètres. Puis avec les conducteurs de Braatz, de Podrez, il fait passer des scies de Gigli qu'il met toutes en place avant de commencer la section. Le sciage des ponts osseux ne va pas sans de grandes difficultés sur ces crânes épaissis et éburnés La scie mord difficilement sur cet ivoire, elle s'échauffe et, pour obvier à ce dernier inconvénient, on fera humecter sa voie par une irrigation continue de sérum artificiel. La scie peut se casser et la section sera alors achevée aux ciseaux et au maillet.

Une *large zone de la calotte crânienne* peut être envahie *par l'ostéite nécrosante accompagnée d'infiltrat gommeux, caséifié ou de séquestres parcellaires*. C'est dans ce dernier cas que la crâniectomie pourra quelquefois s'étendre à la plus grande partie de la voûte. Cependant M. le Professeur Forgue conseille de ne point procéder en une seule séance à l'excision d'une aussi grande étendue de la voûte : il est préférable de faire deux hémi-

crâniectomies, car en divisant ainsi l'opération le péril du choc est certainement bien diminué. Le mieux est de circonscrire et d'enlever, par une série de trous de trépan joints avec la scie de Gigli, le plus large quadrilatère osseux qu'on peut dessiner dans la zone malade. Puis avec une forte pince-gouge de Nélaton, par prises successives, on rognera peu à peu les bords de la brèche mais cela ne se fait pas souvent sans de grandes difficultés. L'excision devra être poursuivie jusqu'au delà de la zone occupée par la gomme ou par les petits séquestres épars.

On s'en tiendra là si aucun symptôme cérébral n'indique la nécessité d'une intervention plus profonde. Mais si on observe par exemple de la pachyméningite gommeuse sous-jacente, on curettera doucement la dure mère, comme l'ont fait Delaunay et Barton. Cependant, on peut ordinairement compter sur le traitement spécifique post-opératoire pour modifier les lésions gommeuses des méninges.

Même si des symptômes cérébraux très marqués (convulsions-contractures-paralysies) semblent faire prévoir une lésion de l'écorce, il faudra attendre que les résultats de la crâniectomie aient eu le temps de se manifester. Toutefois il sera bon alors de suivre l'initiative de M. le Professeur Forgue et de faire une pulvérisation antiseptique continue, à la dose non toxique, de la surface méningée, avec la solution suivante :

Acide borique. — 30 gr.
Résorcine. — 10 gr.
Phénosalyl. — 10 gr.
Sublimé. — 10 centigr.
Eau. — Un litre.

Si l'on observait une perforation de la dure-mère, donnant issue à du pus, il faudrait agrandir l'ouverture et

drainer l'abcès cérébral, comme l'a fait Hutchinson dans un cas. L'intervention une fois achevée, la question se pose de savoir si l'on doit suturer la peau par dessus les méninges ou laisser ces dernières à découvert. On se guidera toujours sur l étendue de la perte de substance et sur le degré d'infection. Cependant, en général, pour éloigner des méninges toute cause de stagnation purulente, il sera prudent de placer des drains de gros calibre en bonne déclivité à la base des lambeaux épicrâniens.

Si les téguments de l'épicrâne sont gravement infectés, on procédera comme il a été fait dans la première observation, même au risque de la rétraction. On recouvrira la surface de la dure-mère en voie de granulations de nappes de gaze imprégnées de vaseline à antiseptiques multiples et à doses faibles. Après guérison totale des lésions osseuses, il pourra être nécessaire de recouvrir la dure-mère avec une couche de greffes de Thiersch pour obtenir une surface de résistance cicatricielle qui sera encadrée par le bourrelet des téguments rétractés.

Quand aucune complication ne vient troubler la cicatrisation, on voit s'élever sur la dure-mère des bourgeons petits, rosés, fermes, sécrétant peu. Le tissu de néo-formation acquiert une certaine consistance et la cicatrice est constituée par une nappe fibreuse assez épaisse. Quand la brèche n'est pas trop étendue les cheveux pourront suffire à la recouvrir et à la protéger. Dans les cas de pertes considérables de substance, on les garantira contre tout danger de pression brusque au moyen de plaques métalliques en argent ou en aluminium ou bien d'une opercule en celluloïd.

La médication spécifique mixte devra être continuée, même après l'intervention chirurgicale, pour maintenir et compléter les bons effets de ce dernier traitement.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Forgue.)

S. ., charbonnier, 44 ans, domicilié à Béziers (Hérault), entre le 11 juin 1906, à l'Hôpital Suburbain, salle Delpech, n° 27, dans le service de M. le professeur Forgue.

Antécédents. — S... contracte, en mai 1888, un chancre induré, siégeant au niveau de la rainure balano-préputiale, où on voit encore la cicatrice à la partie supérieure et à gauche; ce chancre, accompagné de la pléïade ganglionnaire, guérit en une trentaine de jours sous l'influence d'applications locales, conseillées par un pharmacien ; le malade aurait pris à cette époque de l'iodure pendant quelques jours, et un sirop contenant du mercure pendant 20 jours environ.

En octobre de la même année apparurent des plaques muqueuses dans la bouche et aux lèvres, qui furent touchées au nitrate d'argent.

En 1890, survinrent des douleurs de tête très violentes à point de départ auriculaire, avec tintements, bourdonnements, qui revinrent par périodes de 15 à 20 jours, presque tous les ans, obligeant le malade, du moins durant les premières périodes, à interrompre son travail. Pas de traitement spécifique durant toute cette période.

En août 1905, S... se faisait couper les cheveux lorsque son attention fut attirée par son coiffeur, sur une tuméfaction légèrement rougeâtre, indolore, de la grosseur d'un pois, située au niveau du sommet du crâne. Peu de jours après, apparaissaient à ce niveau, des douleurs de tête assez violentes : la tuméfaction se ramollit, l'abcès s'étend, laissant s'écouler un peu de pus jaunâtre.

La céphalée, qui s'était légèrement calmée, reprend des plus intenses : le malade compare la sensation qu'il éprouve à de violents coups de marteau donnés sur la tête. Cette céphalée intolérable débilite le malade qui s'alite pendant octobre et novembre 1905. Il se forme sur le crâne un autre nodule qui s'abcède et est incisé et pansé à la poudre de calomel.

Entre temps, le malade, sur les conseils d'une bonne femme, s'applique à plusieurs reprises, sur le crâne, une douzaine d'escargots vivants, remède dont on lui avait dit le plus grand bien!!!

Les douleurs persistent atroces, plus marquées la nuit que le jour. Le malade est soumis au traitement mixte : (KI. 2 gr. par jour, et une série d'injections de calomel (novembre, décembre 1905). Les douleurs, un peu calmées pendant ce traitement, reprennent ensuite de plus belle.

Une nouvelle série de six injections de calomel (février 1906), détermine une accalmie passagère. En même temps que les douleurs, les lésions continuent leur évolution : il s'est formé de nouvelles indurations qui soulèvent le cuir chevelu, le ramollissent et sont incisées par le médecin traitant : des fistules se forment ; la suppuration est très abondante et continuelle.

L'iodure de potassium, à la dose de 2 gr. a été conti-

nué, dès novembre 1905, d'une façon un peu irrégulière, alternant avec l'huile de foie de morue.

Le malade entre à l'hôpital en juin 1906. Comme autres maladies, il n'a eu que des bronchites assez fréquentes depuis son service militaire.

Il s'est marié à l'âge de 28 ans, en 1887, un an après le chancre; la femme ne semble pas avoir présenté de manifestations syphilitiques, mais a eu deux fausses couches. Pas d'enfants.

Etat à l'entrée dans le service (11 juin 1906). — A son entrée dans le service, le malade accuse une céphalée intense occupant toute la voûte, pour laquelle il réclame à grands cris un prompt soulagement. La suppuration est toujours abondante. Le malade a des idées noires, parfois même de suicide ; il est très amaigri.

Son cuir chevelu offre au niveau de la région de la voûte trois grandes ulcérations arrondies, d'inégales dimensions : deux sont situées à peu près systématiquement de chaque côté de la ligne médiane ; une plus grande un peu plus en arrière, développée surtout à gauche et ne débordant la ligne médiane à droite que légèrement.

L'ulcération postérieure est située à deux ou trois centimètres en avant de la suture lambdoïde et a les dimensions d'une pièce de 5 francs ; l'ulcération du pariétal gauche se trouve à deux travers de doigt de la ligne médiane et a environ les dimensions d'une pièce de 2 francs. La troisième enfin, sur le pariétal droit, est située à un travers de doigt de la ligne médiane ; elle n'a plus que les dimensions d'une pièce de un franc.

Ces ulcérations ont toutes trois des bords arrondis taillés à pic, comparés à des « godets » dont le fond est constitué par l'os dénudé, noirâtre, mis à découvert. Les bords

de ces dépressions sont parsemés de cheveux se recroquevillant plus ou moins en dedans.

La percussion au moyen d'un stylet fait entendre le son sec de la nécrose.

Toutes ces lésions sont le siège d'une abondante suppuration. A part ces trois ulcérations principales, il existe de petites ulcérations noires, importantes, trop peu étendues pour laisser voir comme les autres l'os noirâtre et dénudé, mais elles laissent sourdre un peu de pus à la pression. La plus grande d'entre elles ne dépasse pas la grosseur d'un petit pois ; elle est située à la partie antéro-inférieure du pariétal gauche.

La palpation du cuir chevelu et du crâne permet de sentir en d'autres endroits de la voûte des points ramollis qui ne sont autres que des gommes en évolution.

Le malade est soumis encore quelque temps au traitement mixte : injections d'hermophénil ; KI, d'abord 5 gr. du 15 juin au 1er juillet, puis jusqu'à 12 gr. par jour.

Les douleurs de tête sont à peine calmées ; la suppuration persiste. Le Professeur Forgue propose une intervention.

Opération. — *Première intervention* (7 juillet 1906). — Le cuir chevelu ayant été rasé en entier et un pansement appliqué la veille, l'hémostase préventive est faite par un tube de caoutchouc fortement serré autour de la tête, au-dessus des oreilles.

J'aborde la lésion par deux incisions transversales et parallèles passant, l'une deux doigts en avant du bregma et l'autre environ par la suture lambdoïde : ces deux incisions sont réunies par une troisième, longitudinale et médiane, passant au-dessous de la suture sagittale. Deux volets latéraux sont ainsi séparés, qui sont maintenus écartés au moyen de deux pinces à abaissement

aux deux angles, et qui mettent à découvert la voûte crânienne.

La moitié gauche étant de beaucoup la plus atteinte, c'est sur celle ci que porte l'intervention : deux orifices sont pratiqués à la fraise de Doyen, à un intervalle l'un de l'autre de 5 centimètres, à la partie antérieure du pariétal et deux autres à sa partie postérieure ; orifices antérieur et postérieur sont séparés entre eux par une distance d'environ 10 centimètres. Le lambeau osseux à enlever ayant de trop grandes dimensions pour être scié à la scie de Gigli, on fait au milieu des deux grands côtés du rectangle ainsi délimité, deux autres orifices de trépanation.

Les ponts de substance osseuse intermédiaires entre les orifices les plus voisins sont sectionnés au moyen de la scie de Gigli, introduite grâce au conducteur de Braartz, et on enlève ainsi en deux morceaux une pièce osseuse qui a 11 centim. de long sur 5 ou 6 de large.

Le lambeau osseux enlevé, on aperçoit la dure mère indemne, animée de battements.

Trépanation et section à la scie des ponts osseux intermédiaires ont été particulièrement pénibles, à cause de la dureté éburnée que l'os épaissi présentait à certains endroits. Sur la tranche de section osseuse on aperçoit, surtout à la partie antérieure, l'aspect particulier de ses lésions syphilitiques : os présentant par places des portions gommeuses grisâtres, ramollies, creusées de cavités circinées, anfractueuses, tandis qu'en d'autres endroits l'os présente une densité considérable et une épaisseur double de la normale.

L'examen des pièces osseuses enlevées montre une surface externe rugueuse, recouverte en tous ses points d'érosions superficielles et de galeries contournées, s'en-

fonçant plus profondément, parfois jusqu'à la moitié de l'épaisseur de l'os. La surface interne est assez lisse et normale. La tranche de l'os montre, en beaucoup d'endroits, une hypertrophie considérable qui mesure par places plus d'un centimètre ; cette hypertrophie est irrégulière et il est des points, moins nombreux il est vrai, là où les galeries ont fortement entamé la table externe, où l'os a son épaisseur normale, ou même inférieure. Cette hypertrophie porte surtout sur la table externe ; il est des points cependant où la table interne a le double de son épaisseur normale, et cela en quelques points où elle a été mise a nu par suite de la disparition presque complète de la table externe.

Les lésions s'étendant encore au-delà des lambeaux osseux enlevés par crânicctomie, l'opération est continuée à la pince-gouge, qui enlève ainsi un grand nombre de parcelles osseuses d'os vermoulu et rongé ; cet agrandissement de la brèche osseuse porte surtout sur ses parties latérales, à gauche et en avant, et puis sur la ligne médiane, que l'on dépasse même, tout en prenant beaucoup de précautions pour ne point blesser le sinus longitudinal supérieur. Tout le pariétal gauche est ainsi enlevé et la perte de substance totale mesure 16 à 17 centimètres de long sur 12 de large.

Quant au pariétal droit, moins atteint, on se contente d'enlever, à la curette et un peu à la pince-gouge, superficiellement les bourgeons gommeux saillants.

Etant données la grande étendue de méninges mise à nu et les lésions suppurées du cuir chevelu, dont les diverses ulcérations sont excisées au ciseau, il est absolument impossible de réunir les deux lambeaux cutanés.

On panse à plat la surface de la dure-mère avec un pansement gras à la vaseline faiblement iodoformée,

Le malade a supporté très bien cette intervention et les suites opératoires furent parfaites ; dès le lendemain, la céphalée disparut. La température est restée normale ; le pouls s'est élevé quelques jours à 100, même à 110, pour revenir bientôt à 80.

Les pansements sont faits tous les deux ou trois jours, avec les plus grandes précautions antiseptiques, à la vaseline salolée ; la plaie, qui pendant quelques jours suppura un petit peu, garde toujours bon aspect ; la dure-mère bourgeonne.

Le malade continue à prendre l'iodure de K, à la dose de 12 gr. par jour, et on lui a fait une nouvelle série de 6 injections de calomel.

Le 12 août 1906 nous notons l'état suivant : La surface de la dure-mère se recouvre de petits bourgeons charnus et rosés, sécrétant peu et non hémorragiques ; ces bourgeons envahissent même le rebord osseux limitant la perte de substance et le recouvrent presque sur tout son pourtour.

Quant à la moitié droite de la voûte, les lésions qu'elle présentait persistent et donnent lieu à une suppuration assez abondante.

Le 12 octobre 1906, le malade est encore dans le service ; il ne ressent plus aucune douleur, sinon parfois une sensation légère de pesanteur. On interrompt la médication iodurée pendant quelques jours, le malade ayant absorbé très régulièrement depuis l'intervention, c'est-à-dire depuis plus de trois mois, 12 et jusqu'à 14 à 15 gr. d'iodure de K par jour, sans d'ailleurs avoir présenté aucun signe d'intoxication.

La brèche osseuse est totalement courbée par le bourgeonnement de la dure-mère qui a dépassé même la table externe de l'os. La membrane ainsi formée a une certaine

résistance quand on la déprime avec le doigt. On ne s'aperçoit plus, même à jour frisant, des pulsations cérébrales.

Le pariétal droit présente quelques érosions, mais ne suppure guère.

Les lambeaux latéraux du cuir chevelu sont rétractés de chaque côté. A la partie antérieure et postérieure, un mince bourrelet épidermique parti de la peau saine envahit la surface bourgeonnante.

A la date du 30 novembre 1906, on observe que, malgré le traitement intense poursuivi sans interruption depuis l'opération, le côté droit de la voûte demeure à peu près sans modification. Il est manifeste qu'une large plaque de nécrose s'est constituée à ce niveau : la surface est éburnée, sonnant sec sous le stylet, parcourue en plusieurs endroits par des vermoulures gommeuses, qui apparaissent en dehors de petits signes des dimensions d'un pois à une noisette, sous la forme de bourgeons rouges, pâles, grisâtres. L'os ne montre aucune tendance à s'éliminer spontanément ou à bourgeonner d'une façon normale. Le malade souffre maintenant d'une hémicrânie droite peu tolérable.

Deuxième opération (30 novembre 1906). — Pour se garantir contre l'infection méningée, au cours d'une opération portant sur des foyers mous et suppurants, on opère sous le spray phéniqué. Avec les deux modèles très forts de pinces-gouge de Collin, on attaque la demi-voûte droite. L'instrument fait sauter, sous la pince forte, de larges plaques irrégulières, répondant à la lame externe, dont quelques-unes ont 5 à 6 centimètres de longueur et 3 à 4 de largeur, plaques singulièrement échancrées de sinuosités qui répondent aux orifices par où émergent les bourgeons gommeux. La face

externe des plaques est éburnée ; au contraire, leur face profonde est irrégulière, travaillée par l'ostéite raréfiante et en rapport avec une nappe gommeuse sous jacente qui est interposée entre les deux lames et « en sandwich ».

On poursuit l'ablation de la voûte crânienne en pleine épaisseur, par prises successives, l'instrument étant insinué entre la dure-mère, qu'il décolle, et la face externe de l'os ; on fait sauter ainsi toute la voûte droite, sur une longueur d'environ 15 à 16 centimètres, sur une largeur de 10 à 12 centimètres. Dans les points où la lame externe n'a pas sauté sous la pression de la pince, on se rend compte de la disposition notée lors de la première intervention : les bourgeons gommeux forment comme une nappe interposée « en sandwich », en « gâteau de Palmer » entre les deux lames osseuses ; dans les parties centrales cette nappe est à peu près continue ; au contraire, à mesure que l'instrument fait sauter les parties périphériques, nous notons que la substance gommeuse se distribue en autant de petits foyers, de petits nids irréguliers, inclus entre la vitrée et la lame externe, et au niveau desquels nous n'avons nulle part noté la disposition spiroïde classique.

Les suites opératoires furent remarquablement aseptiques et bénignes et, contre notre attente, l'opéré ne présente point les symptômes de choc grave que nous appréhendions. Vers le sixième jour, cependant, il présente un retour offensif de la céphalée ; le pansement montra une suppuration légère, contre laquelle la pulvérisation antiseptique (phénosalyl et sublimé à très faibles doses) qui nous avait déjà rendu un très grand service dans un cas analogue, fut immédiatement instituée et continuée pendant plusieurs jours.

Les symptômes douloureux et la légère ascension du

pouls qui les avait accompagnés rétrocédèrent rapidement. La surface des méninges se recouvrit d'une couche de bourgeons charnus sains et vivaces. A deux reprises, vers la partie antérieure de la voûte, il fallut donner quelques coups de gouge pour nettoyer quelques points d'ostéite nécrotique persistante. Mais, à la date du 30 janvier 1907, la bataille était gagnée. Toute la zone d'ostéite nécrosante avait été supprimée; la suppuration était tarie et la surface bourgeonnante des méninges ne donnait lieu qu'à un faible suintement ne nécessitant que des pansements hebdomadaires. Elle apparaissait, occupant toute la voûte crânienne, depuis la racine des cheveux en avant jusqu'au sommet, largement échancré, de l'occipital en arrière; transversalement elle allait d'un point à l'autre, à deux travers de doigt et demi au-dessus de l'insertion de l'oreille. Le cuir chevelu, que l'on avait abandonné systématiquement à se rétracter pour ne point ramener sur la surface des méninges des téguments infectés, s'était recroquevillé de chaque côté, sous la forme de bourrelets irréguliers encadrant la perte de substance.

Les lésions nécrotiques paraissant désormais enrayées, et le bourgeonnement de la surface méningée étant anormal, nous nous sommes décidé, vers le mois de mars, à recouvrir cette surface de greffes de Thiersch. Cette tentative a parfaitement réussi : actuellement, notre malade, dont l'état général est florissant, dont les céphalées ont absolument disparu, présente cette large brèche crânienne correspondant à l'ablation de toute la calotte supérieure, encadrée par les bourrelets recroquevillés du cuir chevelu, couverte d'une bonne surface cicatricielle solide et sèche résultant des greffes de Thiersch et présentant dans l'ensemble un plan fibreux assez résistant pour que le

malade puisse se coiffer en la protégeant seulement par une légère couche ouatée.

Observation II

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue

Mme Z. F..., institutrice, 55 ans. Entrée à l'Hôpital Suburbain le 28 septembre 1895.

Depuis une dizaine d'années, la malade souffre de maux de gorge, de céphalée, de douleurs erratiques dans les membres, s'aggravant la nuit d'agitation que ne calment ni le repos ni le lit; d'où tristesse, idées noires.

Elle a présenté, depuis déjà quelque temps, des gommes indurées au front et sur les clavicules.

La malade, soignée pour douleurs rhumatismales, est envoyée à Rennes-les-Bains (Aude). Les gommes du frontal et de la clavicule augmentent de volume, se ramollissent et s'ulcèrent. A son retour des bains, à l'occasion d'un léger effort dans le train, en voulant tirer la courroie du vasistas, elle sent un déchirement très douloureux dans l'épaule ; il y avait fracture de la clavicule gauche.

A son entrée à l'hôpital, on porte le diagnostic de syphilis osseuse ; on prescrit les frictions mercurielles et l'iodure de K. Localement, le professeur Estor cautérise avec le thermo les ulcérations du frontal.

Heureux résultats du traitement mixte : la malade, au bout de trois mois de séjour à l'hôpital, en sort.

Elle rentre à nouveau le 21 novembre 1897 dans le service de M. le professeur Forgue.

Les gommes du frontal suppurent abondamment, et

cette suppuration n'est en rien diminuée par le traitement induré que la malade reprend, ni par le traitement mercuriel (pilules de Ricord, frictions mercurielles). La céphalée persiste et la malade, très affaiblie, refuse tout traitement chirurgical et sort en février 1898. Nouveau retour à l'Hôpital Suburbain le 20 avril 1898. La suppuration persiste ; la malade persistant à n'accepter que des interventions minimes, on se contente de procéder, le 6 mai et le 2 septembre 1898, à l'ablation de séquestres parcellaires mobiles. Le pus décollant le cuir chevelu, vient se collecter au-dessous de l'arcade sourcilière et un abcès doit être incisé en cet endroit. Enfin, le 25 novembre 1898, nous décidons la malade à accepter une large intervention.

Par une incision en V, à base inférieure, nous dessinons et mobilisons en bas un large volet cutané, qui comprend les téguments de toute la région frontale et fronto-pariétale gauche, empiétant de deux travers de doigt à droite de la ligne médiane. Ainsi les lésions sont largement découvertes et l'exploration osseuse peut se faire en toute précision. Il apparaît que l'ostéite nécrotique, qui entretenait l'intarissable suppuration, est constituée par une volumineuse pièce de nécrose de 7 centim. de hauteur sur 6 de largeur, au niveau de laquelle la table externe a été totalement érodée, dont la surface est d'un brun sale et qui s'enchâsse, en verre de montre, sous le bourrelet périphérique éburné que constitue les portions voisines de la voûte.

L'examen attentif de tout le pourtour osseux, bien découvert, montre qu'il s'agit heureusement d'une nécrose à un seul foyer ; mais il est évident que l'intervention sera irrégulière, atypique, insuffisante, si on se borne à désenclaver ce séquestre.

Aussi, aux quatre points d'angle de cette zone d'ostéite nécrotique, en tissu osseux d'apparence saine, quatre coups de trépan sont perforés ; on se rend compte que l'os est très éburné, épaissi et durci par l'ostéite condensante, surtout au niveau du bord supérieur, et la scie a de la peine à l'entamer ; le panneau osseux est enlevé avec le grand séquestre enclavé. La face profonde de l'os montre seulement des criblures multiples par des points d'ostéite raréfiante. Les méninges sont normales. La perte de substance mesure 13 centim. dans le sens transversal, sur 7 centim. dans le sens vertical.

Les suites opératoires furent excellentes. Comme une partie des téguments avait été détruite par la suppuration, le bourgeonnement et l'épidermisation de la dure-mère demandèrent d'assez longs délais. La malade quitta l'hôpital, à peu près cicatrisée, le 1er avril 1899.

A la date du 15 octobre 1906, nous avons eu des nouvelles de la malade, maintenant âgée de 65 ans, « qui est très contente », ce sont ses propres termes, « d'avoir repris sa place parmi les humains ».

Elle présente à la place de la perte de substance une cicatrice résistante, ovale, allongée, égale à la perte de substance : cette cicatrice est recouverte de quelques croûtes et n'est point douloureuse. Les bords sont recouverts de l'épiderme normal. Cette cicatrice est facilement cachée par une perruque avec bandeau frisé tombant sur le front.

La malade, très nerveuse, sent parfois quelques battements dans la tête, et alors elle a besoin de repos : le bruit et le jour lui sont alors pénibles. Elle se trouve soulagée dans ce cas par les pilules de Dupuytren et surtout par l'iodure de potassium.

Observation III

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue

Ostéite syphilitique de la voûte crânienne. — Large crâniectomie. — Méningo-encéphalite. — Pulvérisations antiseptiques sur les méninges. — Guérison.

B... R..., 44 ans, ménagère à Montpellier. Entre à l'Hôpital Suburbain le 26 janvier 1905, salle Dubreuilh, lit n° 8, dans le service de M. le professeur Forgue, pour tuméfaction de la région frontale.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 43 ans de fluxion de poitrine ; mère vivante (68 ans), en bonne santé ; 8 frères ou sœurs, tous bien portants ; 3 morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure : mariée à 18 ans, a eu 6 enfants dont 4 sont morts, 2 de convulsions, 1 mort-né, 1 d'accident. Mari en bonne santé.

Un des deux enfants, actuellement vivant, a été opéré d'une ostéite des deux pieds et du coude gauche.

Depuis deux mois, la malade souffre de la tête ; ses douleurs sont continues, vives « comme si on avait traversé la tête avec un couteau ». Cette céphalée est limitée au côté droit du crâne.

Quinze jours après l'apparition des douleurs, se développe sur le frontal une petite tumeur du volume d'une noisette, siégeant un peu à droite de la ligne médiane. Cette tumeur a grossi, et, d'abord dure, n'a pas tardé à se ramollir.

La malade a présenté des frissons, de la fièvre et a

gardé le lit 15 jours. Elle a été soignée par des frictions mercurielles, continuées pendant 15 jours et qui lui ont procuré une stomatite intense.

A son entrée à l'hôpital, la tuméfaction est volumineuse, occupant toute la partie droite du frontal et la partie antérieure du pariétal ; elle a à peu près le volume d'une orange. La palpation montre qu'elle est fluctuante et est limitée à son pourtour par un bourrelet osseux. La collection s'ouvre spontanément et il s'en écoule une assez grande quantité de pus. La malade se croyant guérie, quitte, malgré toutes les recommandations, l'hôpital, fin janvier 1905.

Elle rentre le 21 février 1905 : la malade continue à souffrir d'une céphalée intense, présente de l'abattement et une forte fièvre (40°) et un pouls de 120 à 130, qui se calme au bout de deux jours, pour reparaître les 27 et 28. La malade est depuis lors dans l'apyrexie.

Au niveau de la région frontale droite, les téguments présentent trois orifices fistuleux, à bords décollés et amincis, donnant issue à un écoulement de pus abondant: le stylet, enfoncé par ces orifices, pénètre jusqu'à l'os dénudé et sonne sec.

Nous discutons le diagnostic entre un ostéosyphilome du crâne et un ostéotuberculome ramolli. L'intensité, surtout nocturne, de la céphalalgie, la localisation de ces douleurs, la polylithalite infantile, les renseignements qui nous sont fournis par le médecin traitant, inclinent notre pensée vers la probabilité de la nature syphilitique des lésions. Pour toute hypothèse d'ailleurs, l'intervention s'impose, et nous estimons qu'il appartient à cette opération exploratrice de nous fixer sur la nature et l'étendue exacte de ces lésions.

Comme dans le cas précédent, un large lambeau tégu-

mentaire est dessiné par une incision courbe, en U, permettant d'abaisser en bas et à droite la peau de la région frontale et fronto-pariétale droite. La surface osseuse ainsi découverte ressemble, selon la bonne comparaison de Dieulafoy, à un vieil ivoire, sculpté en relief. La table externe est creusée et ciselée de vermoulures irrégulières ; à côté de ces érosions profondes qui labourent la voûte frontale, on observe des trous nombreux, de dimensions variables d'une tête d'épingle à un grain de mil, qui criblent la surface osseuse.

Avec la fraise de Doyen, nous pratiquons aux quatre angles de cette surface, quatre trous de trépan et nous apprécions combien, en haut surtout, est considérable le travail d'ostéite condensante et d'éburnation. Aussi, ce n'est qu'avec peine que nous réussissons à sectionner avec la scie de Gigli les points osseux intermédiaires aux trous de trépan : l'instrument s'échauffe, mord difficilement l'os condensé, et nous cassons plusieurs scies pour la même section. Nous réussissons cependant à faire sauter un panneau osseux, de forme trapézoïdale, ayant 10 centimètres sur son grand côté supérieur, 6 centimètres sur sa petite base, et 7 centimètres en hauteur. Mais, comme nous observons que les vermoulures se prolongent sur les parties osseuses voisines, nous poursuivons, à coups de pince gouge, au delà de près de deux travers de doigt, surtout en dehors, et jusqu'en partie saine, l'agrandissement de la brèche; en bas la pince coupe-gouge entame même l'arcade sourcilière.

Des lanières de gaze imprégnées de vaseline salolée sont interposées entre la dure-mère et les téguments, et l'on suture incomplètement le cuir chevelu dont on a d'ailleurs excisé les ulcérations.

Les suites opératoires furent bonnes au début ; la température, qui le lendemain de l'opération était montée à 40° avec un pouls à 120, descend et se maintient aux environs de 37°5 à 38° avec un pouls à 100. Le premier pansement fait, deux jours après l'intervention, montre que les bords de la plaie sont rouges, tuméfiés et laissent sourdre un peu de pus ; on change la gaze du pansement.

Quelques jours après, la température s'élève à 39° et le pouls à 120, la malade présente du délire et des convulsions épileptiformes du côté gauche ayant débuté la nuit; les crises sont subintrantes et la malade reste tout un jour en état de mal jacksonien.

Pendant 5 jours, elle reste dans un état demi-comateux, ne répondant pas aux questions qu'on lui pose ; mais sa somnolence est entrecoupée à certains moments de crises d'agitation, de délire (la malade veut se lever) et de convulsions limitées au côté gauche.

Devant la gravité de cette situation qui nous paraît, ainsi que le juge d'ailleurs M. le Professeur Grasset, appelé en consultation, devoir comporter une terminaison mortelle à brève échéance, nous nous déterminons à tenter un moyen héroïque qui, à notre connaissance, n'a jamais encore été employé. Nous faisons sauter les points de suture, et deux fois par jour nous faisons avec la marmite de Championnière des pulvérisations d'une demi-heure de durée avec la solution antiseptique suivante :

Acide borique.	30 gr.
Résorcine	10 gr.
Phénosalyl . . .	10 gr.
Sublimé.	0,10 centigr.
Eau distillée. .	1 litre.

Nous avons la satisfaction de voir dès le deuxième jour après le traitement la température s'abaisser, être ramenée à 37° au troisième jour ; et bien que le pouls ait gardé pendant une dizaine de jours une fréquence à 120, l'état cérébral s'était complètement modifié. Dès le troisième jour de ces pulvérisations, la malade répondait aux questions qu'on lui posait. Au neuvième jour on se contentait d'une pulvérisation dans les 24 heures qui fut supprimée 4 jours après. Pendant quelque temps la malade garda encore son état mental ; mais dans les premiers jours d'avril le retour à la normale était à peu près complet.

La malade est sortie le 13 avril : la plaie était en excellent état, le bourgeonnement de la dure-mère se faisait d'une façon saine et rapide. A la date du 2 mai, la malade qui était venue se faire panser irrégulièrement montrait une surface bourgeonnante en voie d'épidermisation progressive Son état général était parfait, l'hémicrânie avait disparu, et il semblait bien que l'ostéite fût complètement enrayée.

Malheureusement cette malade a quitté la ville et nous n'avons plus eu de renseignement à son sujet.

Observation IV

Résumée d'une observation de Verchères. — (*Ann. de derm. et de syphilis*).

Nécrose syphilitique du frontal. — Troubles cérébraux. — Crâniectomie. — Guérison.

Femme de 54 ans, ayant eu 10 enfants, dont 9 bien portants. Au dixième accouchement, enfant mort-né. Le mari s'était drogué un an avant. Trois mois après cet accouchement, mal de tête affreux et, deux ans après, si-

gnes manifestes de syphilis ; perte de dents. Tumeur au niveau du maxillaire inférieur et nécrose partielle de l'os. Guérison par traitement approprié. Peu après, tumeur au milieu de la clavicule droite qui se termine par suppuration et élimination d'un séquestre. A 45 ans, malgré KI à forte dose, douleurs violentes au niveau de l'occipital; suppuration abondante, nouveau séquestre éliminé et cicatrisation. A 46 ans, nouvelle tumeur, nouvelle suppuration au niveau de la partie droite du frontal qui se termine comme la précédente. A 48 ans, nouvelle gomme, un peu plus en dehors de la précédente. Six années de souffrances progressives. Traitement mixte à son entrée à l'hôpital. Pas d'amélioration : malade très affaibli. Hémiparésie. Crâniectomie qui fait disparaître l'hémiparésie dès le lendemain. Guérison rapide et cicatrisation parfaite.

Observation V

(Vedrennes, *Mémoires de Médecine militaire*, 1868, page 42)

H..., soldat de 29 ans. En février 1866, chancre induré à tendances phagédéniques ; *un mois après le début du chancre*, gommes sur le frontal et sur les membres Roséole, alopécie.

Traitement mercuriel interne et externe, frictions.

Le 1er avril, syncope ; on découvre sur le front un abcès symptomatique d'une nécrose du frontal. On donne des pilules de protoiodure et des pilules opiacées à cause de l'insomnie ; à dater du 11 mai, on prescrit l'iodure à la dose de 4 grammes.

Le 2 juillet, chancre cicatrisé après cinq mois de durée Le 8 décembre, le malade a repris des forces, la céphalalgie

a disparu ; à travers l'ouverture des abcès frontaux, on a pu extraire de petits séquestres formés par la table externe. Le malade, qui était sorti de l'hôpital sur sa demande, y rentre le 9 avril 1869. Malgré le sirop de biiodure qu'il a pris régulièrement, il y a commencement d'aphasie le 27 ; parésie motrice et sensitive du côté droit. Le 30, délire et convulsions. Le 1er mai, il est sans connaissance ; respiration saccadée, stertoreuse ; pouls à 140 ; membres dans la résolution et l'insensibilité. On n'a plus d'espoir que dans la trépanation.

On fait une incision cruciale et on applique une couronne de trépan de 1 centimètre et demi au centre de la nécrose, qui se trouve sur la ligne médiane, mais empiète un peu à gauche. Le disque osseux à peine enlevé, le patient ouvre les yeux, regarde l'assistance d'un air étonné et répond par des mouvements de tête aux questions qu'on lui adresse. C'est une vraie résurrection. La table interne était intacte ; les semaines suivantes, on dut extraire de nombreux séquestres ; le malade eut des troubles mentaux ; à un certain moment, il se barbouillait le visage avec des matières fécales ; bref, au bout de 160 jours, la cicatrisation fut complète. Le malade a guéri, mais il est resté aphasique et paralysé du côté droit. Son intelligence paraît intacte ; il a l'œil très vif : il comprend ce qu'on lui dit et joue aux échecs.

Observation VI

(Gosselin, *Arch. gén. de médecine*, 1853, p. 268)

Intervention chirurgicale. — Mort

Marguerite P..., 50 ans. Entrée à Lourcine le 7 juin 1852. Elle paraît avoir eu l'accident primitif en 1830.

En 1846, elle a subi un traitement mercuriel dans le

service de Gibert. Depuis ce temps, tumeurs sur la tête, et consécutivement établissement de 3 ouvertures dans la région fronto pariétale droite ; une d'entre elles est cicatrisée, les deux autres suppurent. Depuis 4 ou 5 mois, cette suppuration est accompagnée de douleurs et de fièvre, surtout le soir. Insomnie, diarrhée, vomissements, inappétence, perte de forces et de l'embonpoint.

Depuis son entrée à l'hôpital, formation sur la ligne médiane du frontal, d'une tumeur plus grosse qu'une noix et qui présente à l'œil des pulsations isochrones au pouls ; cette tumeur se tend quand la malade se mouche ; il est probable que l'impulsion du cerveau est transmise par de petites fissures qui pénètrent à l'intérieur du crâne.

Lorsqu'on a vidé le pus sous-cutané par des pressions dans tous les sens et qu'on fait moucher fortement la malade, une petite quantité du liquide s'échappe encore avec quelques bulles de gaz, ce qui indique qu'une partie du foyer se trouve entre la boîte crânienne et la dure-mère.

Pus fétide, tellement abondant que les pansements doivent être renouvelés 3 fois par jour. Les organes sensoriels, la sensibilité et la motilité ne présentent aucun dérangement notable ; mais il y a une céphalée habituelle, qui, sans prendre une plus grande intensité la nuit, est toujours assez forte pour causer l'insomnie ; affaiblissement, perte d'appétit, diarrhée habituelle ; pouls à 90-95, montant le soir à 115 120.

La vie paraissant menacée malgré un régime tonique et KI, on applique le trépan une première fois le 14 juin non pour des accidents de compression, mais pour enlever les parties mortifiées qui, suppose-t-on, entretiennent

la suppuration. La pièce osseuse enlevée montre à la partie postéro externe du pariétal, sur sa face interne, une substance molle, grise, très fétide, mais on ne voit pas de pus s'écouler. On applique une seconde et une troisième couronne de trépan sans voir davantage de pus.

L'opération a été faite sans le concours d'aucun anesthésique et n'a pas été très douloureuse. Amélioration : moins de céphalalgie, retour de l'appétit.

Le 17, ablation de deux pièces nécrosées.

Le 23, en présence de l'abondance de la suppuration, application de 5 nouvelles couronnes de trépan.

Le 25, prodromes d'érysipèle qui guérit le 6 juillet. Amélioration ; plus de diarrhée ni de fièvre le soir.

Le 31, suppuration très abondante, l'appétit se perd de nouveau. Application d'une couronne de trépan. Retour sensible des accidents dus à la suppuration. Le 19 août, état très alarmant (diarrhée abondante, céphalalgie intense, nausées, fièvre le soir, insomnie, suppuration très abondante). La malade refuse une nouvelle intervention. La nécrose fait des progrès rapides. Le 6 septembre, diarrhée, fièvre continue, délire. Mort le 9 septembre.

Autopsie. — Cerveau sain. L'ouverture du crâne résultant de l'intervention chirurgicale est de 11 centimètres sur 8. Dure-mère peu altérée.

Observation VII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Forgue.)

Ostéite syphilitique de la voûte crânienne. — Large crâniectomie. — Méningo-encéphalite. — Pulvérisations antiseptiques sur les méninges. — Guérison.

Femme de 31 ans, couturière. Chancre et accidents secondaires en 1868. En 1871, gommes de la face guéries par administration de KI pendant 3 mois. En 1879, tu-

meur sur le frontal droit. Elle s'ulcère en 1880. On intervient le 14 septembre 1881 pour suppuration qui épuise la malade. Pansement de Lister.

Ablation de 2 séquestres avec une spatule. Guérison sans complications.

La plaie au fond de laquelle on voyait la dure-mère mesurait d'abord 10 cm. sur 8 et au bout d'un mois 6 cm. 1/2 seulement.

La malade, pour tout traitement, avait pris du mercure pendant 2 mois en 1868.

Les séquestres n'ont jamais déterminé le moindre accident cérébral.

CONCLUSIONS

I. La syphilis nécrosante de la voûte crânienne est une affection assez rare et ne survenant généralement que plusieurs années après le chancre.

II. Elle survient ordinairement chez des sujets qui ne se sont pas soignés ou qui se sont mal soignés.

III. Les os de la région antérieure (frontal et pariétal), semblent être le siège de prédilection des lésions de la syphilis nécrosante de la voûte.

IV. L'encéphale est pour ces lésions d'une tolérance remarquable et prolongée, si aucune complication ne survient.

V. Pour éviter les complications on ne devra pas se borner pendant trop longtemps au seul traitement médical qui ne « mord pas », en attendant la limitation et la mobilisation des séquestres.

VI. Lorsque le traitement médical aura échoué, l'opération de choix sera une crâniectomie précoce, large, emportant toute la zone osseuse infiltrée de lésions d'ostéite gommeuse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUVRAY. — Les tumeurs cérébrales. Th. de Paris, 1896, pag. 203.

BARIÉ. — Carie syphilitique du rocher ; lésions de la voûte du crâne. Bull. Soc. Anatomiq., octobre 1874 ; pag. 676-678.

BARTON. — Nécrose syphil. du frontal. Annals of Surgery, 1889, t. 1, pag. 28.

BÉRARD. — Dict. de médec., art. Carie, 1835.

BERDAL. — Syphilis. C. 518.

BERNE. — Manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1884.

BESANÇON. — Infiltration gom. du temporal droit. Bull. Soc. anatom., 19 mars 1886.

BETHENCOURT (DE). — Nouveau Carême de pénitence, 1525. Traduit par Fournier, 1871.

BODIN. — Form. syphilit. du crâne. Bull. Soc. Scient. et méd. de l'Ouest, 1900. IX., pag. 115-119.

BOIS. — Etude sur les fistules du sinus frontal. Th. de Paris, 1896.

BOYS DE LOURY. — Nécrose syphil. du crâne. Gaz. hebd. de méd. et ch., 1860, pag. 632.

BROUARDEL. — Observ. III in thèse Moscowitz. Paris 1874, n° 214.

Bryant. — Med. Times and Gaz.

Callari (J.) e La Mensa. — Di un raro caso di perforazioni multiple della calota per sifilide. Arte med. Napoli., t. III, pag. 206-209.

Caspart. — De exostosi cranii rariore. Dissertatio inaugurale, 1730 ; in disputationes chirurgicæ. Halleri, Lausanne, 1755, pag. 64.

Charrier. — Nécrose syphilit. du crâne. Concours pour une chaire de clinique chirurgicale, 20 février 1848.

Chauveau. — Détermin. syphil. des sinus frontaux et maxil. Archiv. intern. d'oto-rhino-larynx., mars-avril 1905.

Chipault. — Syphilis crânienne, in Traité de chir. Le Dentu et Delbet, 1892 (tom. IV, pag. 715).

— Traité de chir. du système nerv., 1894. Tome II, pag. 197 et 243.

Clarke. — A case of syphilitiq. growth. The Lancet, 1897. Tome I, page 460.

Cornil. — Leçons sur la syphilis, 1879. IXe Leçon.

Cornil et Ranvier. — Traité d'anat. path., 1884.

Costes. — Nécrose syph. du frontal. Journal de Bordeaux, août 1852.

Coupard. — Tuberc. de la voûte crânienne et tuberc. oss. Th. de Paris, 1882.

Crampton. — Dubl. Hosp. Rep. Tome I, page 342.

Cullerier. — Nécrose syph. du crâne. Annuaire méd.-chir. des Hôpitaux de Paris, 1819, pag. 437-476.

Denonvilliers. — Des cas qui indiquent l'application du trépan sur le crâne. Th. d'agrégation, 1839, pag. 54.

Dieulafoy. — Cliniques médicales, 1906.

Dubreuilh. — Nécrose du frontal et des sinus ethm. Journal méd., Bordeaux, février 1887.

Dufour. — Nécrose syph. du crâne. Bull. Soc. anat., 1851, pag. 139.

Faguet. — Extirpation d'une gomme. Journ. méd. Bordeaux, août 1895.

Fallope. — De morbo gallico. Patavii, 1564.

Forgue et Reclus. — Thérapeut. chirurgicale. Tome II, pag. 47.

Forster. — Syphilitic necrosis of calvarium. Removal of bone. Erysipelas ; Death. Guy's Hosp. rep., 1874, 3e série. Tome XIX, pages 41-43.

Fournier. — La syphilis cérébrale, 1879. Ostéites syph. naso-crâniennes. Ann. de laryng., 1881.

Frascator. — La syphilis, 1530. Traduit par Fournier, 1869.

Galtier-Boissière. — Des manifest. de la syphilis sur la voûte crânienne. Thèse de Paris, 1884-85, n° 142.

Gayand. — Dict. de Dechambre, art. crâne, 1873.

Gilbert. — De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications. Thèse de Paris, 1838.

Gosselin. — Remarques et observ. sur une nouvelle source d'indications du trépan dans les ost. syph. du crâne. Arch. de médecine, 1853. Tome I, pag. 268.

Hutchinson. — Lésions syph. du crâne. The Lancet, 1872. Tome II, pag. 334.

Juliusburger. — Gummata perforantia ossis frontis. Viertel jahreschr. f. Dermat. und Syph. Vienne, 1883, pag. 108-110.

Lagneau (fils). — Des malad. syph. du système nerv. Th. Paris, 1860.

Lancereaux. — Les ost. syph. Ann. de Dermat., 1886, page 261.

La Peyronie — Nécrose, syph. du frontal. Mém. de l'Acad. Royale de ch. T. II, pag. 267.

Lavergne. — De la syphilis céréb. indir. France Médicale. T. II, 1885, nos 146, 147, 148.

Le Baron. — Lésions oss. de l'homme préhistoriq. Th. Paris, 1881.

Le Dentu. — Oblitér. des pertes de subst. du crâne. Bulletin Académ. méd., 30 janvier 1894.

Lee. — Lésions syphilitiques du crâne. The Lancet, 1861. Tome II, page 402.

— Le trépan dans les nécr. syph. du crâne. Chicago méd., 1876.

Mauriac. — Mém. sur les aff. syph. précoces des os. Gazette des hôpitaux, 1872.

Moscowitz. — De la syph. tertiaire crânienne et de ses complications mén. encéph. Th. Paris, 1874.

Oulmont. — Nécr. syph. du pariétal et de l'occipital. Prog. méd., 1877, page 571.

Olser. — Syph. carie of immer table of skull. The Med. News, 1883.

Oussas. — Nécrose syphil. du crâne. Annales de Derm. et Syph., 1894, pag. 479.

Petit. — La Syph. et les traum. Th. Paris, 1875.

Parrot. — Une mal. préhist. Rev. de Paris, 1882, pag. 110-113.

Poulet. — Anat. path. des gom. os. Rev. des Sc. méd., 1886.

Rémy. — Nécros. syph. du pariétal. Mort. Bull. Soc. Anat. 1874, page 604.

Ricord. — Gazette des Hôp., pag. 1-5-8-77.

Russel. — Lés. syph. du crâne (Brit. méd., 1860).

Siredey. — Nécr. syph. du frontal. Bull. soc. an., sept. 1881.

Swediaur. — Practical obs. on vener, complaint. Edinb., 1788.

Tédenat et Vennes. — Affect. syph. des os. Montpellier-Méd., numéros 6, 13, 20 octobre 1907.

Terrier et Luc. — De la syphilis chez les vieillards. Rev. mensuelle de chirurgie, 1881, pag. 88.

TOLAND. — Nécros. syph. du frontal. Opération, 1859.

VAN SWIETEN. — Commentaria in Herm. Boerhawi aphorismos. Paris, 1773.

VÉDRENNES. — Nécr. syph. du frontal. Mém. de méd. milit.

VERCHÈRES. — Necr. syph. du frontal. Opération. Ann. de Dermat et syphilit., 1895, page 560.

VIANNAY. — Un cas de néc. syph. du frontal. Prov. med., 1901.

WALLET (L.). — De la nécrose syphilitique du crâne (interv. chirurgicale). Th. Paris, 1897, numéro 380.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 13 décembre 1907.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 13 décembre 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !